

## Case report

### Le chondrome extra osseux de la cuisse: une localisation exceptionnelle (à propos d'un cas)

**Bouchaib Chafry<sup>1</sup>, Youness Sasbou<sup>1,&</sup>, Mohammed Boussaidane<sup>1</sup>, Mustafa Nkaoui<sup>1</sup>, Driss Benchebba<sup>1</sup>, Belkacem Chagar<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Service de Traumatologie-Orthopédie, Hôpital Militaire Mohamed V, Rabat, Maroc

<sup>&</sup>Corresponding author: Youness Sasbou, Service de Traumatologie-Orthopédie, Hôpital Militaire Mohamed V, Rabat, Maroc

Key words: Chondrome, extra osseux, cuisse

Received: 08/04/2015 - Accepted: 29/04/2015 - Published: 21/05/2015

#### Abstract

Le chondrome extra-osseux est une tumeur cartilagineuse bénigne et rare. Il siège généralement au niveau des extrémités, nous rapportons un cas exceptionnel d'un chondrome des parties molles de la cuisse chez un homme de 35 ans qui s'est manifesté par une tuméfaction douloureuse de la face interne de la cuisse droite. L'histologie a confirmé le diagnostic sur la pièce d'exérèse. Un suivi clinique et radiologique après un recul de 24 mois n'a pas objectivé de signe de récurrence.

**Pan African Medical Journal. 2015; 21:44 doi:10.11604/pamj.2015.21.44.6772**

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/44/full/>

© Bouchaib Chafry et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Introduction

---

Le chondrome est une tumeur bénigne fréquente siégeant généralement au niveau osseux. Sa localisation extra osseuse est extrêmement rare [1,2]. Le chondrome des parties molles siège préférentiellement à la main ou au pied, son évolution est lente [2,3]. Il est formée de nodules cartilagineux bien limités développés au sein des parties molles, sans adhésion à l'os ou au périoste ce qui le différencie du chondrome juxtacortical ou périosté. Nous rapportons un cas exceptionnel de chondrome extra-osseux de la cuisse, en mettant l'accent sur les signes cliniques, radiologiques et histologiques avec une revue de littérature.

## Patient et observation

---

Il s'agit d'un homme âgé de 35 ans qui consulte pour une tuméfaction douloureuse de la face interne de la cuisse droite, apparue deux ans auparavant et augmentant lentement de volume, sans notion de traumatisme ancien ni d'antécédents médicaux ou chirurgicaux à l'interrogatoire. L'examen physique a objectivé une tuméfaction visible, siégeant à la face interne du tiers inférieur de la cuisse droite, ferme mobile et indolore à la palpation, sans signes cutanées associées. L'examen du membre inférieur droit et le reste de l'examen physique ne trouvait pas d'anomalies. Les radiographies de la cuisse droite ont objectivé une image de tonalité calcique de 25 mm de diamètre, siégeant dans les parties molles, sans attache au périoste (**Figure 1**). La tomodensitométrie a montré une image de densité calcique siégeant dans le corps musculaire du vaste médial en extra articulaire sans contact avec l'os ou avec l'articulation du genou (**Figure 2**). L'exploration chirurgicale a révélé une tumeur encapsulée adhérente aux fibres du muscle vaste médial. Après une dissection, l'excision complète a pu être réalisée (**Figure 3**). Il s'agissait d'une masse calcifiée, blanchâtre, lobulée, de consistance ferme (**Figure 4**). L'examen macroscopique a révélé une tumeur lobulée fortement calcifiée alors que l'aspect histologique microscopique Une biopsie chirurgicale a été réalisée. L'aspect histologique était en faveur d'une tumeur chondroblastique avec une cellularité modérée correspondant à un chondrome (**Figure 5**). Après un recul de 24 mois, le malade est asymptomatique sans aucun signe de récurrence à l'IRM.

## Discussion

---

Les chondromes extra-osseux sont relativement rares, représentant environ 1,5% de l'ensemble des tumeurs bénignes des parties molles [4]. Ils peuvent survenir à tout âge mais sont surtout fréquents entre la troisième et la septième décennie [4,5], généralement situées au contact des tissus péri-articulaires ou des gaines tendineuses, sans adhésions à l'os [6-8], ils siègent presque toujours dans les extrémités, souvent aux mains [6]. Aucun cas de chondrome extra-osseux de la cuisse n'a été rapporté dans la littérature. L'étiologie de ces tumeurs reste dans la plupart des cas non déterminée, il s'agirait d'une prolifération de la synoviale et certains auteurs en rapprochent la chondromatose synoviale, chondromatose qui touche généralement les grosses articulations [9]. La tumeur se développe habituellement dans une extrémité, souvent près d'un tendon ou d'une gaine tendineuse, d'une capsule articulaire ou du périoste [4]. Chez notre malade, la masse se situait près du tendon du vaste médial. Sur le plan clinique, il s'agit d'une tuméfaction indolore des parties molles, augmentant lentement de volume, de sorte que le malade ne consulte habituellement que tardivement. [10,11]. Sur le plan radiologique, L'aspect du chondrome extra-osseux varie selon l'importance de la calcification du foyer tumoral. Un foyer de calcification se développe dans environ un tiers de cas, habituellement au centre de la lésion [3,8].

Bien que le chondrome extra osseux ne soit pas attaché à l'os, il peut provoquer un remaniement du cortex adjacent [4]. L'exploration radiologique a mis en évidence chez notre malade une masse calcifiée située dans les parties molles, sans contact avec l'os. Sur le plan histologique, l'examen macroscopique montre habituellement une tumeur lobulée, bien encapsulée, caoutchouteuse [8]. Tandis que L'examen microscopique montre la présence de chondrocytes marqués par l'anticorps antiprotéine S100 [12]. L'examen au microscope électronique montre des chondrocytes contenant de grands noyaux dentelés, un réticulum endoplasmique rugueux abondant et par endroits des vacuoles attachées à la membrane. De courtes microvillosités ou filopodes s'étendent de la membrane cellulaire dans la substance fondamentale avoisinante. Cette dernière contient, en cas de tumeur calcifiée, des agrégats de cristaux d'hydroxyapatite de taille variable [8]. L'excision chirurgicale de la tumeur reste le traitement de choix, et l'examen histologique doit porter sur l'ensemble de la pièce d'exérèse, pour différencier un chondrome extra-osseux d'un chondrosarcome des parties molles bien différencié. Aucun cas de

transformation maligne d'un chondrome extra-osseux n'a été décrit à ce jour. Malgré le caractère bénin de la lésion, une récurrence locale survient dans 15 à 25% des cas [13,14] mise sur le compte d'une exérèse incomplète ou en rapport avec un doute sur la nature histologique.

## Conclusion

---

Le chondrome des parties molles est une lésion rare, sa localisation au niveau de la cuisse est exceptionnelle. Le diagnostic est évoqué à l'examen clinique et radiologique, et confirmé à l'examen histologique. Une exérèse chirurgicale complète de la tumeur constitue le traitement de choix, et les récurrences sont exceptionnelles.

## Conflits d'intérêts

---

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

## Contributions des auteurs

---

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## Figures

---

**Figure 1:** Radiographie standard en incidence de profil du genou droit montrant la masse en tonalité calcique

**Figure 2:** TDM en coupe sagittale montrant la localisation de la tumeur

**Figure 3:** TDM en reconstruction 3D

**Figure 4:** Image per-opératoire objectivant la tumeur

**Figure 5:** Image per-opératoire de la pièce opératoire

## Références

---

1. Krolls SO, Jacoway JR, Alexander WN. Osseous choristomas (osteomas) of intraoral soft tissues. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1971 Oct ; 32(4):588-595. **PubMed | Google Scholar**
2. HanJY, HanHS, KimYB, KimJM, Chu YC. Extraskelatal chondroma of the fallopian tube. *J Korean Med Sci.* 2002; 17(2):276-278. **PubMed | Google Scholar**
3. Dahlin DC, Salvador AH. Cartilaginous tumors of the soft tissues of the hands and feet. *Mayo Clin Proc.* 1974; 49(10): 721-726. **PubMed | Google Scholar**
4. Kransdorf MJ, Meis JM. From the archives of AFIP: extraskeletal osseous and cartilaginous tumors of the extremities. *Radiographics.* 1993; 13(4): 853-884. **PubMed | Google Scholar**
5. Bansal M, Goldman AB, DiCarlo EF et al. Soft tissue chondromas: diagnosis and differential diagnosis. *Skeletal Radiol.* 1993; 22(5): 309-315. **PubMed | Google Scholar**
6. Chung EB, Enzinger FM. Chondroma of soft parts. *Cancer.* 1978; 41(4):1414-1424. **PubMed | Google Scholar**
7. Cartilaginous tumors and tumors like lesions of soft tissues. In: Enzinger FM, editor. *Soft tissue tumors* St Louis: Mosby. 1983; 698e-718. **Google Scholar**
8. Weiss SW, Goldblum JR. In: Enzinger FM, Weiss SW, editors. *Soft Tissue Tumors* St Louis: Mosby. 2001; 4h ed: 1361-1368. **Google Scholar**
9. Steiner GC, Meuschar N, Norman A, Present D. Intracapsular and paraarticular chondromas. *Clin Orthop.* 1994; (303):231-236. **PubMed | Google Scholar**
10. Degryse HR, Aparisi F. Extraskeletal cartilaginous and osseous tumors. *Imaging of Soft Tissue Tumors.* 2006; 355-377 2006 Jul 15;7:57. **PubMed | Google Scholar**

11. Milgram JW, Dunn EJ. Para-articular chondromas and osteochondromas: a report of three cases. Clin Orthop Relat Res. 1980; (148):147-151. **PubMed** | **Google Scholar**
12. Nayler S, Heim S. Soft tissue chondroma, in: Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F, editors: pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone. Lyon: IARC Press. 2002; 180-181. **Google Scholar**
13. Zlatkin MB, Lander PH, Begin LR et al. Soft tissue chondromas. Am J Roentgenol. 1985; 144(6):1263-1267. **PubMed** | **Google Scholar**
14. De Poulpiquet P, Segonds JM, Blaire P, Gros PH, Grippari JL. Chondrome des parties molles de la main: à propos d'un cas récidivé. Rev Chir Orthop. 1999; 85(8): 861-864. **PubMed** | **Google Scholar**



**Figure 1:** Radiographie standard en incidence de profil du genou droit montrant la masse en tonalité calcique



**Figure 2:** TDM en coupe sagittale montrant la localisation de la tumeur



**Figure 3:** TDM en reconstruction 3D



**Figure 4:** Image per-opératoire objectivant la tumeur



**Figure 5:** Image per-opératoire de la pièce opératoire